

ИНФЕКЦИЯ

УДК 616.53–002.282

КЛАССИЧЕСКИЕ ПОДТИПЫ РОЗАЦЕА И РЕДКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Адаскевич В.П.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Розацеа – распространенное хроническое заболевание кожи лица невыясненной этиологии с прогрессирующим течением, для которого характерны сосудистый компонент (покраснение лица, телеангиэктазия, гиперемия, стойкая эритема) и воспалительный компонент (папуло-пустулезная и реже узловато-кистозная сыпь); в более тяжелых случаях со временем может развиваться уродующая гипертрофия, особенно в области носа - ринофима. Наличие различных подтипов и клинических форм дерматоза требует дифференцированного подхода к терапии [1, 2].

Цель работы. Изучение клинико-эпидемиологических и терапевтических особенностей классических подтипов розацеа и редких форм заболевания.

Методы исследования. Под нашим наблюдением в период с 2004 по 2019 гг. находились 121 пациент (40 мужчин и 81 женщина) в возрасте от 24 до 78 лет. Диагноз устанавливался на основании клинической картины заболевания с учетом основных и второстепенных диагностических критериев, а также методов дерматоскопии, патоморфологии кожи, микробиологического исследования. Классические подтипы розацеа выявлены у 101 пациента (эритематозно-телеангиэктатический – 46, папуло-пустулезный – 43, фиматозный – 12). У 20 пациентов установлены следующие клинические формы заболевания: офтальморозацеа (7), плотный персистирующий отек лица/болезнь Морбигана (5), стероидиндуцированноерозацеа (5), гранулематозноерозацеа (1), фулминантный вариант розацеа (1), грамнегативноерозацеа (1).

Результаты и обсуждение. Заболевание чаще выявлялось у женщин (2:1). Возрастная группа 40-59 лет (66%) преобладала в структуре заболевания. Фототип кожи II по Фицпатрику выявлен у 69 (57%) пациентов. Продолжительность заболевания от 1 года до 9 лет отмечена у 58 (47%) пациентов. Положительный семейный анамнез установлен у 46 (38%) пациентов с розацеа. Наиболее частые провоцирующие факторы заболевания: метеорологические – 73%, эмоциональные стрессы – 68%, сауна/баня или алкоголь – 62%, горячие напитки (чай/кофе) – 55%. Чувство жжения или покалывания отмечали 69 (57%) пациентов, приливы в анамнезе – 41 (34%), отек в центре лица – 18 (15%) пациентов. Наиболее частая область поражения – щеки (100% пациентов), затем по степени убывания – лоб (67%), подбородок (48%), нос (39%), переносица (35%).

Классические подтипы розацеа характеризовались типичными клиническими проявлениями: эритематозно-телеангиэктатический (приливы и стойкая гиперемия в центре лица, персистирующая эритема, телеангиэктазии), папуло-пустулезный (папулы, пустулы, телеангиэктазии, стойкая гиперемия лица), фиматозный (утолщенная кожа, неравномерная текстура кожи и увеличение объема носа/подбородка/лба/ушной раковины, крупные поры и заметные кровеносные сосуды, персистирующая эритема, папулы, пустулы, отек, сливные обширные узлы, воспалительные инфильтраты).

Офтальморозацеа (n=7) характеризовалась следующими клиническими признаками: слезящиеся, налитые кровью глаза, ощущение инородного тела, жжение или покалывание, сухость, зуд, фоточувствительность, ухудшение зрения, видимые кровеносные сосуды глаз или на веках, кисты на веках.

Грамнегативноерозацеа (n=1) является редкой формой дерматоза, обычно результатом длительной терапии местными или системными антибиотиками против грамположительных бактерий. Морфологически эта форма напоминает эритематозно-

телеангиэктатическое и папулопустулезноерозацеа. Диагностический критерий – выявление грамнегативных бактерий *Proteus*, *Pseudomonas*, *E.colli*, *Klebsiellen* [2].

Стероидиндуцированноерозацеа (n=5) развивается вследствие продолжительной местной кортикостероидной терапии и проявляется стероидной кожей с атрофией, телеангиэктазиями, эритемой в виде темно-красных пятен, а также фолликулярными папулопустулами.

Фулминантное (молниеносное) розацеа (n=1) напоминало конглобатное акне и отличалось внезапным началом, выраженной себореей, сливающимися узлами и фистулами, склонностью к рецидивам.

Гранулематозноерозацеа (n=1) некоторые авторы считают единственным истинным вариантом розацеа [2]. Типичные признаки этого дерматоза: люпоидная эпителиоидная гранулема, диссеминированное расположение на лице в виде коричневатого-красноватых папул и узлов; папулы на верхних и нижних веках, на щеках и в периоральной области. Диаскопия: люпоидный инфильтрат; гистология: лимфогистиоцитарный инфильтрат с гигантскими клетками и эпителиоидно-клеточной туберкулоидной гранулемой [2].

Болезнь Морбигана (n=5) или плотный персистирующий отек лица характеризовался следующими признаками: на фоне типичных для розацеа элементов – плотный, не сохраняющий ямки при надавливании, отек на лбу, подбородке, веках, носу, щеках; выраженный отек темно-красного цвета с фиолетовым оттенком и переходом в индурацию; огрубение контуров лица.

Разнообразная клиническая картина заболевания требовала дифференцированного подхода к терапии. Пациенты эритематозно-телеангиэктатическим подтипом розацеа применяли местно кремы, содержащие азелаиновую кислоту или метронидазол. При папуло-пустулезном подтипе розацеа назначали дополнительно системные антибиотики тетрациклинового ряда. Офтальморозацеа отвечало на местную и системную терапию антибиотиками. Изотретиноин системно получали пациенты с болезнью Морбигана, фулминантным, стероидиндуцированным и грамнегативным розацеа.

Выводы. В структуре обследованных пациентов преобладали лица женского пола со II фототипом кожи в возрасте старше 40 лет. Наиболее частыми подтипами розацеа являются эритематозно-телеангиэктатический и папуло-пустулезный. Различные классические подтипы и редкие клинические формы розацеа требуют дифференцированного подхода и индивидуально подобранной терапии.

Литература:

1. Пелль, М. Розацеа / М.С. Дауд, М.Р. Питтельков // Дерматология Фицпатрика в клинической практике : в 3 т. / Л.А. Голдсмит и др. – Изд. 2-е, исп., доп. – М. : Изд-во Панфилова, 2015. – Т. 1. – С. 1019–1028.
2. Melnik, B. Akne und Rosazea / B. Melnik, T. Jansen // In Braun-Falco's Dermatologie, Venerologie und Allergologie / G. Plewig und a. – Springer Verlag, 2012. – Band 2. – S. 1197–1229.

УДК 616.9:615.03

РОЛЬ ПРОВИЗОРА В СДЕРЖИВАНИИ АНТИБИОТКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Акулич Н.Ф., Семенов В.М., Дмитраченко Т.И., Крылова Е.В., Ляховская Н.В.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Девяносто процентов всей инфекционной заболеваемости приходится на долю острых респираторных инфекций (ОРИ). Каждый третий при тяжелых расстройствах здоровья предпочитает самолечение. До 80% посетителей полностью доверяют работнику аптеки в вопросах применения безрецептурных